

Evolução das classificações em Pedopsiquiatria

Carla Araújo*, Henrique Fontes**, Margarida Leão*, Maria Laureano*, Teresa Cartaxo*, Vítor Leite*

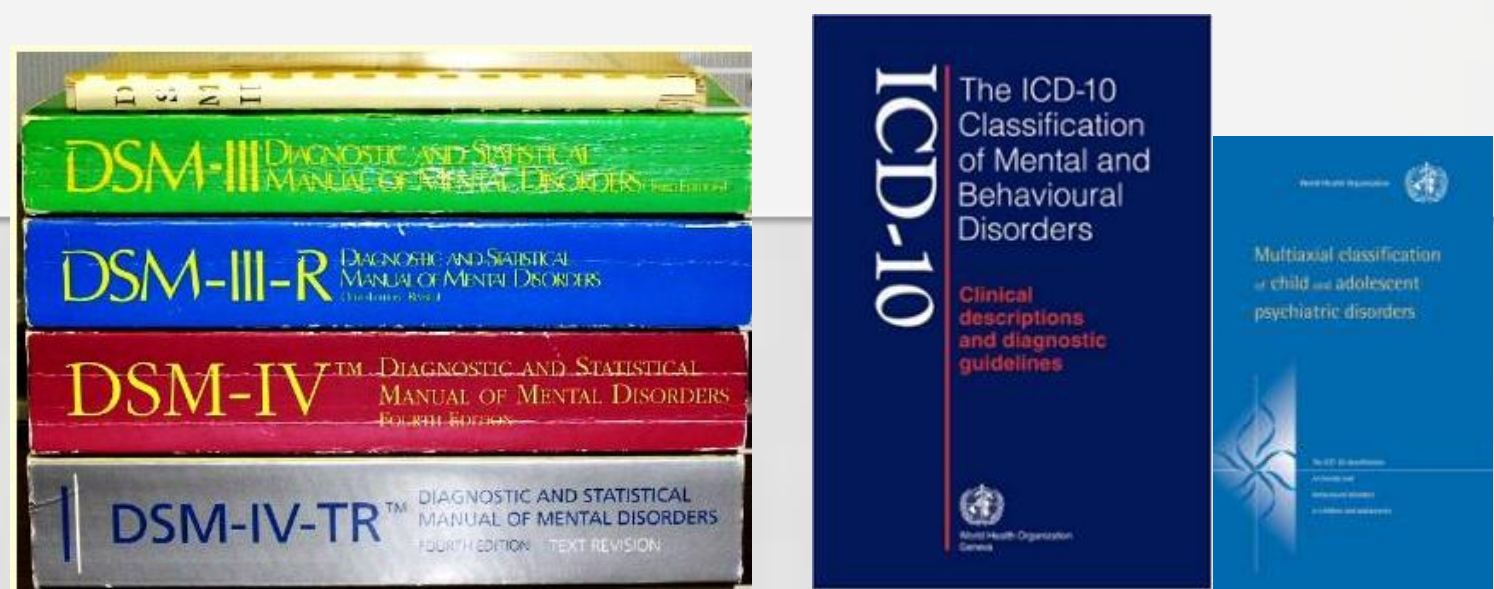
*Interna(o) de Psiquiatria da Infância e Adolescência no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
**Interno de Psiquiatria no Hospital do Divino Espírito Santo

A pedopsiquiatria é uma especialidade jovem, tendo florescido somente no início do século XX¹, razão pela qual assistimos a uma **evolução nosológica recente**, uma vez que esta apenas teve início em **1946** com o trabalho de Hewitt e Jenkins que organizaram taxonomicamente a correlação entre diferentes tipos de comportamento². Somente na **DSM-II** (1968) foram categorizados alguns diagnósticos específicos de crianças³ e, mais tarde, foi introduzida uma classificação em três eixos baseada na **ICD-8**⁴. A partir de **1989**, com os trabalhos desenvolvidos por Michael Rutter, a **classificação multiaxial** tornou-se a norma vigente em psiquiatria da infância e adolescência⁵.



Vantagens^{6,7}

- Comunicação, organização e uniformização de critérios descritivos
- Fonte de conceitos para construção de bases teóricas
- Permite comparações transculturais
- Utilidade na clínica e na investigação como instrumento preditivo da etiologia, curso, prognóstico e resposta ao tratamento
- Maior homogeneização intra-categorial



Desvantagens^{8,9,10,11,12}

- Ambiguidade e redundância de critérios e definições
- Valorização meramente numérica de sintomas
- Pontos de corte e limites temporais sem base empírica sólida
- Evidência de sobreposições etiopatogénicas e sindrómicas
- Ausência de limites claros
- Classificações que emergiram sobre determinados contextos históricos, socioculturais e geográficos, sem avaliação da sua validade

Apesar dos esforços dos vários grupos de trabalho que desenvolveram a nova versão DSM (**DSM-V**)^{13,14,15}, esta antecipa **problemas** a nível da inflação diagnóstica, com novas categorias e diminuição de limiares diagnósticos, documentação empírica não uniforme e projetos de campo inadequados^{16,17,18}.

Não existe, no momento atual, uma classificação que sirva todos os propósitos e enquanto o problema da **validade das categorias diagnósticas** persistir dificilmente será resolvido por qualquer modelo de forma isolada⁷.

Referências Bibliográficas: ¹Parry-Jones, W. (1989). Annotation: The History of Child and Adolescent Psychiatry: Its Present Day Relevance. [A. o. Psychiatry, Ed.] J. Child Psychol. Psychiat., 30, pp. 3-11.; ²Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Stephen, S., Stevenson, J., Taylor, E., & Thapar, A. (2008). Rutter's Child and Adolescent Psychiatry (5ª edição ed., Vol. 1). Blackwell Publishing; ³Kawa, S., Giordano, J.: A brief history of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: canon and practice. Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine 2012 7:2.; ⁴WHO. (1996). Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders (Vol. 1). Cambridge: Cambridge University Press; ⁵Turk, J., Graham, P., & Verhulst, F. (2007). Child and Adolescent Psychiatry: A developmental approach (4ª edição ed.). Oxford: Oxford University Press; ⁶lashfield, R. K., & Diagnostics, J. G. (1976). Toward a taxonomy for psychopathology. British Journal of Psychiatry, 129, 574-583.; ⁷Kendell, R., Jablensky, A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. Am J Psychiatry, 160:4-12, 2003.; ⁸Kendler KS, Gardner CO, Jr. Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. Am J Psychiatry, 1998; 155:172-177.; ⁹Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequences. Schizophr Bull 2007;33:108-12.; ¹⁰Kendler KS. Explanatory models for mental illness. Am J Psychiatry 2008;165:695-702.; ¹¹Keel, P., Kelly, L., Klump, L., & Pamela K. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. Psychological Bulletin, 129, 747-769.; ¹²Cradock, N., & Owen, M. J. (2005) The beginning of the end for the Kraepelinian dichotomy. British Journal of Psychiatry, 186, 364-366.; ¹³American Psychiatric Association (2011). DSM-5 Development.; ¹⁴Frances, A. (2010). The first draft of DSM-V. BMJ; ¹⁵Regier, D. A., Narrow, W. E., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2011). The conceptual evolution of DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.; ¹⁶Frances, A. (2011b). Who needs DSM-5? A strong warning comes from professional counselors. Psychology Today.; ¹⁷Kendler, K., Kupfer, D., Narrow, W., Phillips, K., & Fawcett, J. (2009, October 21). Guidelines for making changes to DSM-V.; ¹⁸Livesley, W. J. (2010). Confusion and incoherence in the classification of Personality Disorder: Commentary on the preliminary proposals for DSM-5. Psychological Injury and Law, 3, 304-313.